

может заложить теоретическую базу, отработать навыки коммуникативного взаимодействия с разными категориями людей, познакомить с основными ошибками в общении, подготовить студентов к самостоятельному грамотному выходу из конфликтной ситуации или предотвращению ее появления. Но для успешного формирования коммуникативной компетенции специалиста необходимо его желание и стремление к непрерывному самосовершенствованию профессионального мастерства. Для этого также необходима длительная, целенаправленная, систематическая работа над собой. Стремясь к самосовершенствованию, следует думать о том, как улучшить отношения с людьми, наладить отношения в коллективе. Только заботясь о других, можно стать лучше самому, научиться умело контактировать с людьми. Мотивирование студентов на постоянное самосовершенствование в области коммуникативной культуры является одним из направлений деятельности преподавателя на занятии.

Не менее важным условием формирования коммуникативных компетенций является поддержание междисциплинарных связей и работа преподавателей других кафедр. А именно создание условий для развития устной и письменной речи с соблюдением этических норм и правил взаимодействия.

Таким образом, коммуникативная компетентность является необходимым условием успешной реализации личности провизора. Это значит, что правильно организованная профессиональная деятельность специалиста, обладающего коммуникативными навыками, – неременный фактор эффективной работы.

Литература

1. Байденко, В.И. Компетенции в профессиональном образовании (К освоению компетентностного подхода) / В.И. Байденко // Высшее образование в России. – 2004. – № 11. – С. 4–12.
2. Иванов, Д.А. Компетентностный подход в образовании. Проблемы, понятия, инструментарий / Д.А. Иванов, К.Г. Митрофанова, О.В. Соколова. – М.: Вако, 2006. – 115 с.

Характеристики личности врача как условие формирования его коммуникативных компетенций

Спасюк Т.И., Филипович В.И.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь*

Социальная ситуация врач-пациент неоднозначна, характеризуется парадоксальным сочетанием смыслов, которые вкладывают участники во взаимодействие. С одной стороны, пациент – слаб, человек в ослабленном состоянии, которому что-то болит, он просит о помощи. Пациент обращается за помощью, чтобы вернуть свое автономное, активное – «сильное» состояние, утраченное только на время болезни. Врач – сильная позиция, он – «на ногах», призван помочь вернуть человеку его физическое благополучие и вернуться, насколько это возможно, в автономную позицию. Возможно субъективное неоправданное усиление характеристик этих ролевых позиций участниками взаимодействия. В этом случае, пациент отчуждает боль, дискомфорт при болезни, и ориентирует-

ся в регуляции своего поведения на ситуативно выгодные характеристики социальной роли нетрудоспособного человека: льготы, снижение требований, отдых. «Условная выгодность болезни» изменяет цели пациента во взаимодействии с врачом. Врач теперь уже призван помочь удержаться пациенту в роли больного, слабого, инфантильного. С другой стороны, и врач может становиться излишне авторитарным, назидательным, строгим, самоутверждаться в ситуациях, когда пациент демонстрирует зависимость, «глупость» в медицинской сфере. Врач получает свою «выгоду», бессознательно стремясь восполнить нехватку уверенности в себе, в своем профессионализме, в значимости собственной жизни. В таких крайних усилениях полюсов взаимодействия, развивающегося по сценарию, хорошо описываемому патерналистской моделью, пациент полностью перекладывает ответственность за свое лечение на врача и активно старается удержаться в этом «безответственном» состоянии, поощряя тенденции врача забрать ответственность, чувствовать себя значимым, всемогущим. В таких «подыгрывающих» друг другу, комплементарных отношениях терапевтическая перспектива пациента сужается. Конфликтная ситуация сложится в случае встречи автономно ориентированного пациента и властного врача, обесценивающего стремление к автономии у пациента как возможный терапевтический ресурс, а также в случае манипулирования со стороны пациента ради получения условной выгоды от болезни, когда терапевтические усилия врача обесцениваются, и якобы безуспешны. В нашем социуме легко происходит усиление зависимости, бессилия, безвольности со стороны пациента. Попадая в медицинскую среду, человек охотно регрессирует, проявляется эмоциональная незрелость постсоветской личности.

Врачи, ориентированные на результат лечения, отмечают эффективность партнерской модели взаимодействия с пациентом (Оксфордские компетенции), описанной Т. Парсонсом. Стремление пациента к восстановлению автономии, к излечению понимается как важный терапевтический ресурс личности, позволяющий эффективнее достигать и терапевтических целей, и субъективной удовлетворенности пациента лечением. Нахождение и усиление этого личностного ресурса пациента может рассматриваться в рамках коммуникативных компетенций врача. Ценность другой личности, пациента, может рассмотреть только врач, сформировавшийся как личность, автономная, ответственная, самоактуализирующаяся, с достигнутой профессиональной идентичностью. Более того, большинство коммуникативных компетенций врача, выделяемых различными авторами [1; 2], опираются, по нашему мнению, на личностные структурно-динамические характеристики и являются личностно обусловленными.

Рассмотрим, как понимаются коммуникативные компетенции врача в работах российских и западных авторов, и проанализируем их психологическое содержание.

Е.В. Орлова, ссылаясь на материалы Совета Европы, рассматривает коммуникативные компетенции врача как коммуникативные лингвистические компетенции, которые позволяют осуществлять деятельность с использованием языковых средств [2]. Познания врача в области психологии позволяют опреде-

лить характеристики ситуации общения, например, психологические особенности пациента в связи с его возрастом, его отношение к болезни, его психологические гендерные характеристики. После определения параметров ситуации, врач применяет свои социолингвистические компетенции и организует взаимодействие с пациентом с учетом его характеристик. Пациент, таким образом, понимается как характеристика ситуации. Вместе с тем, диалогичность ситуации не учитывается в полной мере, и пациент рассматривается, скорее, как объект, но, именно, от понимания и принятия другой личности как субъекта зависит эффективность врача в профессиональных коммуникативных ситуациях. Прагматический компонент данной компетенции понимается как овладение риторикой и культурой речи. Он предполагает умение понимать ценности и желания собеседника, соотносить их со своими ценностями, намерениями и с ситуацией общения. По нашему мнению, данный компонент также опирается на сформированные личностные механизмы понимания и принятия другого человека.

Коммуникативные компетенции врача, понимаемые как коммуникативные лингвистические компетенции, таким образом, опираются на личностные, ценностные характеристики врача и предполагают их сформированность. Следует отметить, что и общекультурные, в целом социально-личностные компетенции опираются на личностные характеристики, сформированные в процессе социализации, интериоризации значений культуры в том или ином социуме.

В современной западной литературе предлагается модель Calgary-Cambridge Guide, тщательным образом анализирующая и представляющая всевозможные коммуникативные компетенции врача, необходимые ему в профессиональной деятельности. Предлагается считать эту модель как наиболее эффективную и результативную в организации взаимодействия с пациентом с учетом терапевтической перспективы [3]. Данная модель опирается на партнерскую парадигму взаимодействия с пациентом, понимает пациента как участника терапевтической бригады, установки пациента относительно болезни и его предпочтения способа лечения понимает, как факторы, формирующие поведение пациента в отношении своего здоровья, и, в итоге, влияющие на исход лечения. Данная парадигма в наибольшей степени с позиции психологической феноменологии ориентирована на ценность личности пациента, с которой установить аутентичные отношения может только другая личность, а не манипулятор людьми как предметами. Содержание коммуникативных компетенций в данной модели в наибольшей степени опирается на характеристики личности врача. И, более того, компетенции, рассматриваемые моделью, включают профессиональные компетенции психолога-профессионала, составляющие его личностный инструментарий. В частности, упоминается умение слушать, ведение, подстройка, отзеркаливание, аутентичность, эмпатия, интерперсональная дистанция, нейтральность, самопрезентация, ассертивность, всматривание, рефлексивность и специальные психологические умения [3].

Названные компетенции формируются обычно в процессе профессиональной подготовки специалиста-психолога и предполагают наличие заранее сформированной мотивации к выполнению помогающей коммуникативной де-

тельности, предполагают участие в многочисленных супервизорских сессиях и в личной терапии с проработкой личностных проблем обучающегося. В обучении врача коммуникативным компетенциям приходится опираться на качества личности будущего специалиста, которые сформировались и формируются в процессе социализации. В социумах, не отягощенных глубоко укоренившимся в их психологические структуры советским типом характера (Н.Д. Левитов), каждый человек в процессе семейной и школьной социализации формирует личностные характеристики, в первую очередь, индивидуальной ответственности в жизни, диалогичности, принятия. В постсоветском менталитете таких характеристик как, например, осознание индивидуальной ответственности, чувствительность к интерперсональным границам в социальном взаимодействии, необходимых для формирования коммуникативных компетенций, практически нет. Образ соотечественника, человек массы все еще представляется с инфантильными личностными чертами. Тексты пособий о зарубежных технологиях взаимодействия с пациентом воспринимаются студентом-медиком как чуждые реальной жизни, пригодные в большей степени для манипуляции сознанием собеседника, обмана другой стороны в переговорах.

Партнерская модель взаимодействия врач-пациент в тех или иных ее вариантах все больше признается специалистами как наиболее эффективная в ситуациях, когда медицинское состояние пациента позволяет ему взять ответственность за свое здоровье [3]. В условиях нашего социума Е.Г. Королева рекомендует врачам уважать права и личностную зрелость пациентов, не давать регрессировать на инфантильный уровень проявления, поощрять пациента принимать ответственность за свое здоровье [1].

Врач как представитель гуманитарной помогающей профессии выступает в коммуникативных ситуациях, по сути, в роли промотора, фасилитатора личностно зрелого поведения пациента.

В этой ситуации возникает вопрос, где брать врачу личностную зрелость, необходимую для эффективной коммуникации с пациентом? Ответ предполагает анализ тех характеристик зрелой личности, которые в первую очередь выступают в роли условий формирования коммуникативных компетенций врача. Анализ психологической феноменологии выше названных компетенций, во всех случаях предполагает сформированность 1. диалогичности и 2. рефлексивности личности.

Диалогичность понимается нами как реализация личностного механизма жизненной включенности (Дж. Накамура) в противоположность отчуждению от мира и другого человека. Личность, способная к включенным диалогичным отношениям с миром и другим человеком, реализует взаимосвязанные субъект-субъектные отношения, где другая личность понимается как равная в отношении проявления ею процессов активности и рецептивности. Это значит, что собеседник видит другого человека не как «меньшего» по сравнению с ним, «неинтересного» для постижения, в отношении которого возможно реализовать только подавляющую активность; и не как «большого», доминирующего, кото-

рого можно только постигать и подчиняться ему, перекрыв всякую активность в его направлении.

Рефлексивность понимается нами вслед за С.Л. Рубинштейном как способность личности мысленно остановить процесс жизни и выйти за ее пределы, занять внешнюю позицию, а затем осознать и переосмыслить ее ценностные основания и выстроить новые. Рефлексивность позволяет понимать экзистенциальные основания коммуникативной ситуации, проявлять ответственность и аутентичность.

Данные характеристики, способности личности формируются в тренингах личностного роста, тренингах сенситивности, рефлексивности, толерантности. Элементы этих тренингов целесообразно включить в программу дисциплины «Биомедицинская этика и коммуникация в здравоохранении» в рамках практических занятий. Целесообразно регулярно организовывать встречи студентов с людьми – профессионалами и личностями «с большой буквы». Такая встреча может стать для студента настоящей экзистенциальной Встречей, преобразующей личность.

Литература

1. Королева, Е.Г. Взаимообусловленный характер системы «врач-пациент» в психиатрии / Е.Г. Королева // Врач-пациент : сотрудничество в решении проблем здоровья : сб. ст. междунар. науч.-практ. конф., 26–27 окт. 2017 г. / отв. ред. М.Ю. Сурмач, Я. Бараньски. – Гродно : ГрГМУ, 2017. – С. 100–103.
2. Орлова, Е.В. Культура профессионального общения врача : коммуникативно-компетентностный подход : монография / Е.В. Орлова. – Москва : ФОРУМ, 2012. – С. 20–21.
3. Zarek, A. Calgary-Cambridge Guide jako model prawidłowej komunikacji w relacji lekarz-pacjent / A. Zarek // Врач-пациент : сотрудничество в решении проблем здоровья : сб. ст. междунар. науч.-практ. конф., 26–27 окт. 2017 г. / отв. ред. М.Ю. Сурмач, Я. Бараньски. – Гродно : ГрГМУ, 2017. – С. 7–13.

Формирование активной социальной позиции студента путем участия в волонтерском движении в УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Сыродоева О.А., Коневалова Н.Ю., Оленская Т.Л., Наджафова С.Г.,
Хомко А.С., Ермолович В.В.**

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Волонтерство – это не только хобби инициативных и небезразличных к окружающему миру людей, а важный и нужный этап в становление профессиональной личности врача. Быть волонтером – это значит получить огромный опыт работы с людьми, ведь здесь есть важная составляющая процесса обучения – личностная мотивация.

В благотворительности, связанной с помощью другим людям, студенты учатся искать индивидуальный подход к человеку, чтобы порой открыть ему глаза на его собственную значимость для мира, да и просто понимать людей, находящихся в самых разных жизненных обстоятельствах.